

L'AMYGDALE,

N° 156.

CONSIDÉRÉE

DANS SES RAPPORTS ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 août 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR GUILLAUME PERTUS, né à Aurillac,
Département du Cantal.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BÉCLARD.
BERTIN, *Examinateur.*
BOUGON, *Président.*
BOYER, *Examinateur.*
CAYOL, *Examinateur.*
CLARION, *Suppléant.*
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN.

MESSIEURS

FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT.
LAENNEC.
MARJOLIN.
ORFILA.
PELLETAN FILS.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON, *Suppléant.*
ALARD.
ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GUERSENT.
JADIOUX.
KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES, *Examinateur.*
THÉVENOT, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA PLUS TENDRE DES MERES.

A MES SŒURS.

A MON ONCLE,

GUILLAUME MARIE,

Ex-Commandant du premier camp des vétérans, Chevalier des ordres royaux de Saint-Louis et de la Légion-d'Honneur.

Comme gage d'un attachement sans bornes et d'une éternelle reconnaissance.

AUX MÂNES D'UN PARENT CHÉRI,

CHARLES-FRANÇOIS RAULHAC,

Premier Adjoint à la mairie d'Aurillac; Membre de plusieurs Sociétés savantes.

Regrets éternels.

G. PERTUS.

L'AMYGDALE,

CONSIDÉRÉE

DANS SES RAPPORTS ANATOMIQUES,

PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

De chaque côté de l'isthme du gosier, entre les deux piliers du voile du palais, existe un petit corps glanduleux, ou plutôt un amas de follicules muqueux, que sa forme a fait nommer *amygdale*, que l'on connaît encore sous le nom de *tonsille*. C'est cet organe sécréteur que je me propose d'examiner, en considérant successivement sa conformation, ses fonctions, ses maladies, et les opérations chirurgicales qu'elles nécessitent.

1.° *Anatomie*. De forme ovoïde, ayant son grand diamètre vertical et sa grosse extrémité tournée en haut, aplatie transversalement, d'un volume variable, suivant les individus, mais qui, en général, n'excède pas celui d'une petite amande; l'amygdale est appuyée en dehors sur le muscle constricteur supérieur du pharynx, qui la sépare du tissu cellulaire abondant et des troncs vasculaires et nerveux, placés entre ce muscle et le ptérygoïdien interne. L'artère carotide interne l'avoisine particulièrement, et pourrait être ouverte, si l'on enfonçait sans précaution un instrument dans cette glande du côté de

la bouche, ainsi que M. le professeur *Béclard* en cite un exemple dans ses cours. Elle est recouverte par la membrane buccale, et fait une saillie plus ou moins grande à l'intérieur de la bouche, mais ordinairement dépasse peu les piliers du voile du palais. En avant, elle correspond au muscle glosso-staphylin et au pilier antérieur; en arrière, au pharyngo-staphylin et au pilier postérieur; en haut, elle est logée dans l'angle de séparation de ces deux replis, et s'approche plus ou moins du bord libre du voile du palais; en bas, elle repose sur la partie latérale de la base de la langue.

La surface de ces follicules composés est recouverte, excepté en dedans, où elle adhère intimement à la membrane muqueuse, par une couche de tissu cellulaire plus ou moins dense, et qui ne contient point de graisse. Cette surface est d'un gris plus ou moins rougeâtre : plus rouge en dedans, ce qui tient à la présence de la membrane buccale, qui assez souvent, même dans cet endroit, présente une couleur plus intense; d'autres fois, au contraire, elle est plus pâle. Les tonsilles sont, en général, divisées en plusieurs portions par des scissures de nombre et de profondeur variables, de manière que ces organes glandiformes paraissent alors formés de plusieurs lobes réunis en dedans les uns aux autres. Constamment, au reste, leur côté interne offre des ouvertures qui conduisent dans leur intérieur. Leur nombre est indéterminé; quelquefois on en trouve jusqu'à quinze. Les supérieures sont ordinairement plus grandes.

Si l'on examine l'intérieur de l'amygdale, on trouve un tissu assez serré, surtout en dehors, paraîssant homogène au premier aspect, d'un blanc grisâtre, quelquefois jaunâtre, d'autres fois tirant sur le rouge, et formé par l'agglomération de cryptes muqueux, d'un très-petit volume, unis entre eux par du tissu cellulaire dense, et s'ouvrant dans des espèces de sinuosités ou de lacunes muqueuses. Celles-ci occupent spécialement la partie interne de l'épaisseur de l'amygdale, présentent dans leur fond les orifices très-nombreux et très-petits de ces cryptes, et s'ouvrent elles-mêmes à la surface de la muqueuse, comme on l'a vu plus haut. Ces cavités tantôt sont isolées

les unes des autres, et séparées par de petites cloisons, c'est la disposition la plus fréquente; tantôt elles communiquent entre elles, sinon toutes, du moins quelques-unes. La membrane de la bouche s'enfonce dans ces cellules, et les tapisse; peut-être pénètre-t-elle aussi dans les follicules qui viennent s'y ouvrir. La membrane muqueuse et la tonsille font donc, pour ainsi dire, corps ensemble, ou plutôt la dernière doit être regardée comme une dépendance de la première. L'épaisseur de celle-ci est, au reste, très-peu considérable, si on la compare à celle des autres parties de la membrane buccale; il semble qu'ici l'épiderme seule de cette membrane existe, et que le tissu dense et comme fibreux de l'amygdale remplace le derme.

Les artères pharyngienne supérieure, palatines supérieure et inférieure, les artères dorsales de la langue, telles sont les principales sources des artères de la tonsille, dont les veines, qui portent le même nom, vont se rendre médiatement dans la veine jugulaire interne; elle reçoit ses nerfs particulièrement d'un plexus qui l'environne au-dehors (*circulus tonsillaris*), et qui est formé par la réunion de plusieurs filets de la branche linguale du nerf maxillaire inférieur avec d'autres filets que donnent le nerf glosso-pharyngien et les ganglions cervicaux du grand sympathique. Les vaisseaux lymphatiques se rendent aux glandes jugulaires supérieures.

Les vaisseaux et les nerfs de l'amygdale pénètrent dans son intérieur par toute sa surface, rampent d'abord dans le tissu cellulaire qui sépare ses follicules, puis se distribuent dans les parois de ces derniers, ainsi que dans celle des lacunes où ils s'ouvrent, et dans la muqueuse buccale. Ce n'est, en général, qu'après avoir acquis une assez grande ténuité que les vaisseaux de la tonsille pénètrent ainsi dans son tissu.

2.° *Physiologie.* Les propriétés vitales de la tonsille sont peu remarquables, et appartiennent presque entièrement à la membrane muqueuse de la bouche; ainsi là, comme sur le voile du palais, l'impression des saveurs peut se faire sentir. Il semblerait cependant

que ce point de la muqueuse présente une sensibilité particulière qui nécessite de la part de l'opérateurune grande célérité, toutes les fois qu'il est obligé de porter les doigts ou un instrument dans cet endroit.

La seule fonction de l'amygdale est de former, par une sécrétion folliculaire, un liquide blanchâtre, inodore, visqueux, presque identique par ses propriétés physiques, et probablement aussi par ses propriétés chimiques, avec le mucus fourni par les autres follicules de la membrane buccale ; il est, au reste, presque aussi difficile à obtenir pur que le liquide produit par les autres follicules des membranes muqueuses, étant altéré, de même que celui-ci, par son mélange avec les fluides perspiratoires exhalés à la surface de la membrane.

L'excrétion du liquide ne diffère ici de celle qui a lieu dans les simples cryptes qu'en ce que le mucus, avant d'être versé à la surface de la membrane, séjourne un certain temps dans les cavités où aboutissent les follicules, y prend plus de consistance, et y subit peut-être quelque autre changement. Dans le cas où la sécrétion, ainsi que l'excrétion, viennent à être notablement augmentées, ce séjour est de très-courte durée ; le liquide ne fait que traverser ces cavités pour arriver à la surface. La sécrétion opérée par la tonsille a lieu continuellement, mais pas à beaucoup près toujours avec la même activité ; toute les fois que l'organe est excité par une cause quelconque, le mucus devient plus abondant ; aussi est-ce principalement pendant la mastication, mais surtout dans la déglutition que l'amygdale sécrète d'une manière remarquable ; au reste, dans la déglutition, la présence des alimens, le mouvement des mâchoires, l'abord du sang en plus grande quantité dans la bouche et le pharynx, ne sont pas les seules circonstances qui peuvent rendre raison de ce phénomène, la pression de l'amygdale par le bol alimentaire, ne concourt pas faiblement à le produire. En effet, au moment où le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier, le constricteur supérieur, se contractant, comprime la tonsille de dehors en dedans, la base de la langue, qui s'élève, la comprime de bas en haut, les muscles

glosso-staphylin et pharyngo-staphylin, se contractant également, la resserrent en sens contraire. Le volume de la tonsille devant donc diminuer nécessairement, puisque le côté interne, le seul où elle pourrait encore se développer, est occupé par le bol alimentaire, qui offre une certaine résistance, le mucus contenu dans son intérieur s'en trouve chassé, sort par les ouvertures des cavités qui le renferment, et se trouve aussitôt en contact avec les alimens, dont il facilite le glissement, et avec lesquels il se mêle, ainsi qu'aux autres sucs versés à l'intérieur de la bouche, pour concourir ultérieurement à la digestion.

3.° *Pathologie.* Les altérations morbides des amygdales sont, 1.° l'engorgement inflammatoire, 2.° l'abcès, 3.° l'ulcère, 4.° la gangrène, 5.° l'induration, 6.° le cancer, 7.° les calculs.

Parmi celles-ci, la plus fréquente est, sans contredit, l'engorgement inflammatoire, ou amygdalite, et qu'on peut regarder comme le point de départ de plusieurs autres altérations. Cette phlegmasie, que l'on appelle aussi *angine*, *esquinancie tonsillaire*, existe très-rarement seule; presque toujours l'inflammation s'étend au voile du palais, à la partie voisine du pharynx, de la langue et de la membrane muqueuse de la bouche, quelquefois même la partie supérieure du larynx, ou bien tout son intérieur, sont aussi affectés; mais alors il y a complication d'angine laryngée ; on voit donc que, dans le plus grand nombre des cas, l'angine tonsillaire est réellement une angine gutturale. Cependant, comme il arrive quelquefois que les amygdales sont seules enflammées, et que souvent d'ailleurs la phlegmasie des parties environnantes n'est que consécutive et accessoire à celle de ces organes, voilà des motifs suffisans pour décrire une angine tonsillaire, ou amygdalite, en n'insistant toutefois que sur ce qui ne lui est pas commun avec l'angine gutturale, dont elle constitue une simple variété.

Les mêmes causes produisent l'une et l'autre phlegmasie ; quelques-unes même leur sont communes avec l'angine laryngée. Ainsi

c'est surtout dans l'enfance, rarement dans la vieillesse, que se développent ces inflammations. Elles affectent plus souvent les tempéramens sanguins et lymphatiques, et surviennent surtout au printemps et en automne. Certains individus y sont prédisposés d'une manière particulière, et souvent chez eux la maladie revient périodiquement. Leurs causes déterminantes sont l'exercice forcé ou longtemps prolongé de la voix, surtout en plein air, le contact de vapeurs irritantes, de miasmes putrides, ou seulement d'un air très-chaud et desséché, comme il l'est en été ; la déglutition de substances âcres, les piqûres, déchirures produites par des corps étrangers, comme une arête de poisson ; l'impression du froid en général, surtout subitement, soit dans l'arrière-bouche, soit à la nuque, au cou ou bien aux pieds; l'usage de boissons froides quand le corps est très-échauffé ; l'équitation dans une direction opposée à celle d'un vent froid ; les vicissitudes de la température atmosphérique ; toute suppression de la transpiration cutanée. Les affections inflammatoires de l'estomac peuvent aussi produire l'angine tonsillaire ; souvent aussi elle est symptomatique de phlegmasies cutanées, comme la variole, la rougeole, la scarlatine; c'est surtout alors qu'elle peut être épidémique. Je passe sous silence les causes générales de l'inflammation, comme la pléthore, la suppression d'une évacuation habituelle, particulièrement des menstrues chez les femmes, qui peuvent aussi favoriser le développement de l'angine, ou même la déterminer. La syphilis produit aussi quelquefois cette inflammation, comme l'abus du mercure. Des aphthes peuvent aussi avoir leur siége sur la tonsille. Comme dans toute phlegmasie, toutes ces causes agissent en augmentant la quantité de sang que reçoit l'organe affecté et quelques-unes de ses propriétés vitales.

Ordinairement une seule tonsille est enflammée ; d'autres fois toutes les deux le sont en même temps : souvent aussi l'angine, après avoir commencé sur l'amygdale d'un côté, la quitte pour se porter sur celle du côté opposé. Voici les symptômes que présente cette phlegmasie.

Elle est souvent annoncée par un léger mouvement fébrile, du frisson et de la chaleur. Elle débute par un sentiment de douleur et de sécheresse au fond de la bouche, avec gêne de la déglutition. Si l'on examine les amygdales en faisant ouvrir la bouche et en abaissant la langue, on trouve l'une ou l'autre tonsille, ou bien toutes deux tuméfiées, plus rouges que dans l'état de santé : les parties voisines offrent aussi une rougeur plus ou moins intense. Ces symptômes augmentent. Les alimens solides, surtout ceux qui sont secs, produisent dans leur passage un sentiment d'érosion particulier. La déglutition des liquides, quoique moins pénible, est aussi très-douloureuse ; et cependant quelquefois le malade ne peut s'empêcher d'avaler sa salive, ce qui augmente beaucoup ses douleurs. On aperçoit à la surface de la membrane buccale enflammée des points blancs plus ou moins nombreux, plus ou moins rapprochés, qui, dans certains cas, forment une couche continue sur la tonsille ; cela tient a l'épaississement de la mucosité sécrétée, qui se concrète vis-à-vis les orifices des follicules mucipares, et y forme quelquefois une véritable fausse membrane. Plus tard, ce mucus, dont la sécrétion avait été d'abord suspendue, devient filant, visqueux et abondant.

A ces symptômes locaux se joignent ordinairement des phénomènes généraux, pour peu que la phlegmasie soit intense. Ainsi le pouls est en général fréquent, quelquefois plus fort que dans l'état de santé. Surviennent des frissons, des tremblemens suivis de sueurs ; souvent il y a inappétence. Chez les individus sanguins, pléthoriques, surtout chez ceux qui sont disposés a l'apoplexie, la face est rouge, tuméfiée ; il y a céphalalgie.

Mais, dans beaucoup de cas, la maladie ne se borne pas à ces seuls symptômes; l'inflammation s'étend à la trompe d'*Eustache*, et de là au tympan, ce qui produit des tintemens d'oreilles, ou même une douleur vive, profonde dans cette partie, à la base de la langue ; d'où résultent la tuméfaction inflammatoire de cet organe, le glossitis; à la muqueuse des gencives, ce qui rend les dents douloureuses. Plus fréquemment l'inflammation gagne le tissu cellulaire extérieur

à l'amygdale, et s'étend jusque vers l'angle de la mâchoire : de là une tumeur à la partie supérieure et latérale du cou, une grande gêne dans les mouvemens de la mâchoire, même pour articuler les sons ; les glandes lymphatiques placées vers la base de cet os sont alors gonflées et douloureuses. En général, l'inflammation des amygdales, même peu intense, produit facilement l'engorgement des glandes les plus voisines.

C'est dans les circonstances graves dont je viens de parler qu'on voit l'angine tonsillaire devenir gutturale, pharyngée, laryngée, se propager même jusque dans la trachée-artère, jusqu'aux poumons, donner ainsi naissance à un catarrhe pulmonaire, à une péripneumonie le plus souvent mortelle.

D'un autre côté, le gonflement des amygdales continuant à faire des progrès, la déglutition devient de plus en plus difficile ; et si les deux tonsilles sont enflammées en même temps, la tuméfaction peut être portée assez loin pour la rendre presque impossible, surtout celle des solides. Dans ce cas aussi, la respiration par la bouche est plus ou moins gênée.

Il n'est pas nécessaire que la maladie soit parvenue à ce degré pour que l'exercice de la voix soit moins facile que dans l'état de santé ; presque constamment, en effet, dans cette phlegmasie, la voix présente une altération notable. On conçoit, au reste, que les symptômes doivent offrir beaucoup de variété dans leur intensité, dans leur ordre de succession, dans leur existence même, suivant la cause de la maladie, l'état du malade et autres circonstances faciles à apprécier.

La marche de la phlegmasie varie de même, suivant les cas. Elle est plus ou moins rapide, aiguë, intense ; tantôt, au contraire, elle est lente, chronique ; les symptômes sont peu marqués.

La durée de l'angine tonsillaire n'est pas non plus toujours la même, ainsi que sa terminaison.

Souvent, et cela s'observe surtout lorsque l'inflammation est aiguë mais pas très-intense, du quatrième au septième jour de la maladie,

ou même plus tard, les symptômes diminuent graduellement, la fièvre cesse ; il y a ordinairement expectoration d'un mucus opaque, albumineux, semblable au pus pour l'aspect, et dont l'excrétion est suivie de soulagement. Quelquefois on observe des phénomènes critiques. En un mot, la terminaison a lieu par résolution.

D'autres fois il s'établit une suppuration dans l'intérieur de la tonsille, le pus s'y amasse, les symptômes inflammatoires diminuent, mais la tuméfaction augmente ; d'où résulte une plus grande gêne dans la déglutition et la respiration. Quelquefois un sentiment de pulsation existe dans l'amygdale. Enfin un abcès succède à l'angine. Cette terminaison survient particulièrement quand l'inflammation est intense, ou bien qu'elle a récidivé plusieurs fois, et ne se voit guère avant le cinquième ou sixième jour, souvent beaucoup plus tard.

On a vu, dans certains cas, l'angine disparaître plus ou moins rapidement, et un érysipèle à la face ou au cou se développer aussitôt : c'est peut-être la seule circonstance dans laquelle on puisse dire qu'il y a eu métastase ; car on ne saurait qualifier de ce nom la terminaison de la phlegmasie tonsillaire suivie d'inflammation du poumon : celle-ci, dans ce cas, tenant évidemment à l'extension de la maladie. Il en est de même de l'apoplexie qui survient quelquefois, et que l'on a attribuée à une métastase sur le cerveau ; elle dépend de la gêne dans la respiration et la circulation. On regarde encore comme une métastase la cessation subite de l'inflammation de l'une des deux amygdales après laquelle l'autre se trouve affectée, ce qu'on a vu, dans certains cas, se répéter plusieurs fois de suite.

Il est très-rare que la violence des symptômes inflammatoires produise la gangrène dans l'angine tonsillaire. Quand cet accident a lieu, le plus souvent il est le résultat d'une complication, ainsi que M. *Guersent* l'a observé deux fois.

On a long-temps pris pour escharres ce qui a été ensuite reconnu pour de fausses membranes, d'où le nom d'*angine couenneuse*. Cependant, dans une même épidémie, *Huxham* et *Fothergill* citent la

gangrène des amygdales comme ayant été réunie à une angine couenneuse ou pultacée.

L'ulcération, autre mode de terminaison de l'angine tonsillaire, peut exister consécutivement après la chute des escharres ; mais alors elle n'est pas un effet immédiat de l'inflammation ; on ne doit considérer comme telle que l'ulcération qui se forme primitivement par la simple érosion du tissu de la membrane muqueuse et de l'amygdale elle-même. Cette terminaison est fréquemment la suite de l'action du virus syphilitique ; rarement tient-elle à l'inflammation produite par le mercure ; quelquefois elle est le résultat d'aphthes de la bouche surtout chez les adultes, dans la variété nommée *aphthes muqueux*, ou bien chez les enfans, lorsque la maladie est très-étendue, que les aphthes sont confluens ou gangréneux.

Une terminaison bien plus fréquente, c'est l'induration. C'est surtout lorsque l'inflammation s'est répétée plusieurs fois, qu'elle s'est long-temps prolongée sans être très-intense, ou bien lorsqu'elle est évidemment chronique, que l'on voit ainsi, après la cessation plus ou moins complète des autres symptômes inflammatoires, la tuméfaction persister, ou même augmenter, la tonsille contracter une dureté quelquefois très-considérable. Lorsque cette induration a lieu, tantôt l'inflammation continue. Mais en devenant chronique, ce point de la membrane buccale présente un peu de rougeur, et est plus sensible au contact des corps étrangers. De temps à autre il survient de la chaleur et une douleur légère. Tantôt l'inflammation cesse entièrement ; seulement l'amygdale contracte une disposition inflammatoire qu'elle n'avait pas auparavant ; de sorte que la moindre cause suffit pour rappeler la phlegmasie. Cette terminaison survient quelquefois au bout de quinze jours, souvent plus tard, rarement plus tôt.

Plusieurs phlegmasies peuvent compliquer l'angine tonsillaire : telles sont la gastrite, la gastro-entérite, certaines phlegmasies cutanées, surtout la scarlatine, qui accompagne presque toujours l'angine gangréneuse.

Nulle difficulté ne peut se présenter dans le diagnostic de la phlegma-

sie tonsillaire. Cette affection est, en général, peu grave, et ne saurait être mortelle par elle-même ; mais elle peut le devenir par ses complications. Le prognostic est facile à établir sur l'étendue, l'ancienneté de la maladie, le degré d'intensité des symptômes, l'état du sujet, etc.

Traitement. Dans cette maladie, comme dans la plupart des inflammations, la première indication à remplir est de supprimer la cause, si elle existe encore. Cette indication pourtant ne doit pas toujours être remplie la première; car, dans l'angine syphilitique, ce n'est, en général, qu'après que les symptômes sont un peu calmés que l'on administre les préparations mercurielles.

Il est des praticiens qui, au début de toute angine tonsillaire, emploient des astringens, des répercussifs pour produire la délitescence. C'est ainsi qu'en Angleterre on met souvent en usage les gargarismes avec la décoction de noix de galle ou d'écorce de grenade. L'eau froide est aussi employée dans cette intention, ainsi qu'un cataplasme vanté, préparé avec la plante appelée *bec de grue*, cuite dans le vinaigre. Ces moyens et d'autres analogues ont quelquefois réussi; mais aussi doivent augmenter souvent l'inflammation ; ils pourraient tout au plus convenir quand la phlegmasie est très-légère, commençante et de cause externe; ils ont d'ailleurs l'inconvénient de pouvoir déterminer des métastases fâcheuses.

D'autres, dans le même cas, administrent un vomitif. Ce moyen, à la vérité, compte aussi quelques succès ; mais il a les mêmes inconvéniens que ceux dont il vient d'être question, et doit être de même rejeté, à moins de circonstances particulières.

On doit, en général, préférer, dans l'angine tonsillaire aiguë et peu intense, la méthode dite *naturelle*, et chercher à favoriser la résolution par les boissons délayantes, légèrement diaphorétiques; les gargarismes mucilagineux, émolliens : ainsi un liquide adoucissant quelconque, édulcoré avec le miel rosat, le sirop de mûres, de limon ; par un régime convenable, par des vapeurs aqueuses, émollientes, dirigées sur le fond de la gorge.

Il ne faut administrer que peu de boissons dans cette maladie, la

déglutition étant douloureuse et augmentant l'intensité des symptômes. On y supplée par des bains tièdes. On peut aussi administrer des potions gommeuses; elles ont sur les boissons l'avantage de laisser quelque chose d'onctueux, de produire plus d'effet sous un plus petit volume, et de soutenir le malade. A l'emploi des ces moyens on joint celui de lavemens émolliens, et de boissons laxatives, comme une décoction de pulpe de tamarin, une solution très-faible de crème de tartre, s'il est nécessaire de favoriser les excrétions alvines.

Mais si la phlegmasie est intense, que les tonsilles, très-enflammées offrent une tuméfaction considérable; que la fièvre soit marquée, les remèdes que je viens d'indiquer seraient insuffisans; il faut leur joindre les saignées, employer tous les moyens perturbateurs, surtout si le danger est imminent.

La saignée sera générale, si le malade peut la supporter; on la pratiquera au bras, ou au cou du côté affecté: il ne serait nécessaire de saigner au pied que s'il y avait suppression de menstrues. La saignée sera plus ou moins abondante, plus ou moins répétée, suivant le cas.

Si l'état du sujet contr'indique la saignée générale, ou bien après que celle-ci a été pratiquée, on emploie la saigné locale. Ainsi on applique un nombre suffisant de sangsues à la partie antérieure du cou, soit près des clavicules, soit vers l'angle de la mâchoire, du côté le plus affecté. Après la saignée, s'il existe des symptômes d'embarras gastrique, il convient d'administrer un vomitif, qui en même temps pourra agir comme dérivatif.

L'angine résiste-t-elle à ces moyens, on applique à la partie latérale du cou un vésicatoire ou plusieurs successivement, ou bien on emploie les ventouses scarifiées au même endroit, moyen qui paraît avoir été très-efficace. On y joint les lavemens irritans, les purgatifs même, quoique ceux-ci soient rarement indiqués, les pédiluves irritans, surtout s'il y a céphalalgie. On peut, au lieu de vésicatoire, appliquer des rubéfians au cou, comme le liniment ammoniacal, la tein-

ture de cantharides, un sinapisme, surtout lorsque la phlegmasie tend à passer à l'état chronique.

Ne pourrait-on pas, dans des cas extrêmes, avoir recours au séton, et surtout au moxa? J'ignore si l'expérience a prononcé sur l'emploi de ces moyens. Il faut remarquer que, chez quelques individus, surtout chez ceux qui sont affectés d'angine périodique, les moyens les plus actifs ne peuvent s'opposer aux progrès de la maladie, qui se termine chez les uns par résolution, chez les autres par suppuration. Cette circonstance doit être connue, afin que l'on ne tourmente pas le malade, et qu'on se borne à modérer les effets de l'inflammation.

Enfin, dans certains cas, assez rares à la vérité, soit que ce traitement ait été insuffisant, soit que la maladie ait été négligée, les symptômes sont devenus très-intenses, la fièvre est considérable, l'anxiété grande, le gonflement des tonsilles est à son comble, la déglutition presque impossible, la respiration stertoreuse, la suffocation imminente, on conseille de pratiquer alors la laryngotomie; d'autres ont proposé d'appliquer des sangsues sur les amygdales, d'autres d'y faire des scarifications; il vaut mieux les réséquer. Si ce moyen ne suffit pas ou est impraticable par l'impossibilité de faire ouvrir la bouche au malade, on a recours à la laryngotomie.

Après la guérison, l'amygdale conserve souvent une disposition inflammatoire, qui expose à la récidive. On emploiera pour prévenir le retour, les gargarismes astringens, et même les saignées, dans certains cas.

Il arrive souvent que la phlegmasie tonsillaire est suivie d'autres maladies de l'amygdale qui exigent des moyens particuliers; ce sont ces maladies dont nous allons nous occuper.

2.° On reconnaît qu'un abcès s'est formé dans la tonsille aux symptômes antécédens de l'inflammation, aux frissons survenus, à la douleur continue et pulsative, à l'amollissement de la tumeur, qui présente en outre de la fluctuation. L'abcès, abandonné à lui-même, augmente de volume, la tumeur s'amollit de plus en plus par l'amin-

cissement du tissu de l'amygdale, quelquefois surtout quand l'angine s'est étendue au cou, c'est là que l'abcès vient se montrer, et il s'ouvre à l'extérieur ; plus souvent dans la bouche. Le pus s'écoule, l'inflammation diminue et cesse lorsque la petite plaie s'est cicatrisée ; d'autres fois il reste un ulcère.

La suppuration reconnue, on la favorise par les vapeurs émollientes, les gargarismes de même nature, par les cataplasmes, puis on ouvre l'abcès de bonne heure, de crainte que l'ouverture spontanée ne se fasse pas à la partie la plus déclive, ou bien qu'à la suite de cette ouverture, le pus, s'écoulant tout à coup, ne suffoque le malade, et de plus, dans l'intention d'empêcher la tumeur d'augmenter, l'abcès de s'étendre, et abréger par conséquent la durée de la maladie.

3.° Des ulcères peuvent se former à la surface de la tonsille ; on a déjà vu dans quel cas ils peuvent aussi succéder à l'ouverture d'abcès. Leurs symptômes varient beaucoup suivant leurs causes. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les *caractères* des ulcères vénériens, mercuriels, des aphthes.

Leur traitement local consiste dans l'emploi des gargarismss adoucissans, quand ils sont enflammés ; dans celui des gargarismes acidules ou toniques, lorsque cette circonstance n'existe pas.

Leur traitement général est celui de leur cause. Ainsi les antivénériens seront administrés, si l'ulcère est syphilitique. Quelquefois néanmoins les ulcères vénériens résistent à ces moyens, restent stationnaires, ou bien s'agrandissent ; alors on a souvent réussi en cautérisant avec un caustique.

4.° La gangrène des amygdales peut affecter une plus ou moins grande partie de leur épaisseur ; elle se reconnaît aux symptômes de l'angine gangréneuse, à la fétidité de l'haleine, aux symptômes généraux de la gangrène. On lui oppose les gargarismes excitans, préparés avec une dissolution de sel ammoniaque, l'alcohol camphré, la décoction de kina, et, comme topique, l'acide hydrochlorique avec le miel rosat.

5.° C'est à tort qu'on a donné le nom de *squirrhe* à l'engorgement chronique, à l'induration des amygdales. Cette maladie mérite plutôt le nom d'*hypertrophie*. Elle n'est pas toujours produite par l'angine tonsillaire ; on la voit quelquefois se développer primitivement; plus souvent alors la maladie est congénitale ou héréditaire. M. le professeur *Boyer* cite l'exemple d'une famille dont tous les individus ont, par première conformation, les glandes très-grosses. Dans cette affection, la tonsille est simplement tuméfiée et s'enflamme très-facilement ; son tissu est tantôt mollasse, tantôt plus ou moins endurci, mais sans offrir d'altération analogue à celle qui existe dans le squirrhe. M. *Dupuytren* a remarqué que tous ces individus, en général, ont la poitrine aplatie de chaque côté, saillante, au contraire, d'avant en arrière, et les poumons comme fixés sur la colonne vertébrale. De la tumeur que forme l'amygdale résulte une gêne plus ou moins grande dans la déglutition et la respiration, avec altération de la voix. Le seul moyen efficace, c'est l'ablation d'une partie de la tonsille; on pourrait tenter avant l'usage réitéré de sangsues, qui compte quelques succès.

6.° La dégénération cancéreuse s'observe très-rarement dans la glande amygdale. Plusieurs observations la mettent cependant hors de doute, et deux cas d'une semblable altération ont été observés à l'Hôtel-Dieu dans l'espace de la même année, 1823. L'un n'a pu qu'être soupçonné; mais l'autre a été rendu incontestable par l'autopsie cadavérique. Les sujets de ces observations sont deux femmes affectées depuis long-temps d'engorgement à la glande amygdale. Chez la première, la tumeur faisait saillie non-seulement sur le côté de l'isthme du gosier, dont elle rétrécissait considérablement l'ouverture et où existait une vaste ulcération fournissant un pus fétide, mais encore sur la partie latérale et supérieure du cou, au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, où existaient des orifices fistuleux. Le mal, par ses progrès, finit par comprimer l'ouverture du larynx, et déterminer l'asphyxie de la malade. A l'ouverture du corps, on trouva la glande amygdale et les tissus voisins tellement dégé-

nérés, qu'on ne pouvait plus les reconnaître; ils étaient convertis en un tissu fibreux et squirrheux, criant sous le bistouri, et parsemé d'une foule innombrable de très-petits foyers purulens : l'orifice de la glotte était presque oblitéré par la compression que lui avait fait subir la tumeur.

Le peu de fréquence des affections cancéreuses, et, en général, des dégénérations organiques dans les tonsilles, est un fait remarquable, si on le rapproche de la fréquence extrême de l'inflammation dans ces organes. Ce fait ne semble-t-il pas indiquer que celle-ci ne saurait elle seule produire les premières, comme on l'a prétendu dans ces derniers temps?

7.° Outre l'angine tonsillaire et ses suites, des calculs peuvent se former dans l'amygdale : on en trouve plusieurs observations dans les mémoires de l'académie de chirurgie. Le volume et la forme de ces calculs varient. Quelquefois ils sont aussi gros qu'une fève de haricot; d'autres fois ils ressemblent à des grains de blé, à des lentilles : dans certains cas, ils sont beaucoup plus petits. Tantôt leur surface est lisse, tantôt rugueuse, inégale. Leur couleur est ordinairement blanchâtre, quelquefois d'un jaune clair. Leur consistance n'est pas non plus toujours la même; ils sont quelquefois très-mous, très-friables; tandis que d'aùtres offrent une dureté considérable. Rarement on en trouve dans les deux tonsilles; ordinairement il n'en existe que dans l'une d'elles. Ils adhèrent faiblement au tissu même de l'amygdale, quelquefois, surtout lorsqu'ils sont petits et en grand nombre, ils nagent dans un liquide puriforme.

La présence de ces calculs dans la tonsille est accompagnée de symptômes inflammatoires, soit qu'ils surviennent après leur développement, soit qu'ils préexistent à leur formation, ce qu'il est souvent difficile de décider.

Dès que le calcul a acquis un certain volume, il produit le gonflement de l'amygdale. Quand la maladie est avancée, qu'il n'y a qu'une seule concrétion, la surface de la tumeur est dure. On a même vu, dans certains cas, le calcul apparaître à l'extérieur sous la forme d'un

point blanc et dur, sonore par le choc d'un instrument métallique ; d'autres fois la tumeur est molle, fluctuante : c'est qu'alors il existe un liquide contenant de petites concrétions. On ne pourrait distinguer ce cas d'un simple abcès, ce qui est indifférent, le traitement étant le même.

Inciser la tumeur dès qu'on soupçonne qu'elle contient des calculs, employer le traitement antiphlogistique, s'il est nécessaire, voilà ce qu'on doit faire dans cette maladie.

Les maladies dont il vient d'être question donnent lieu à diverses opérations : je ne parlerai ici que de la cautérisation, de l'incision et l'excision, comme étant les seules en usage.

Pour toutes ces opérations, le malade est assis en face d'une croisée, la tête inclinée en arrière contre la poitrine d'un aide, qui croise ses mains sur le front. La bouche est grandement ouverte, maintenue ainsi, si cela est nécessaire, par deux morceaux de liège placés entre la partie postérieure des arcades dentaires. La langue est déprimée avec une spatule. Le chirurgien se place vis-à-vis du malade, et opère avec la main droite sur l'amygdale gauche, et réciproquement; il a soin d'écarter l'instrument des parties qu'il pourrait blesser dans le moment où la douleur fait faire au malade des mouvemens involontaires.

1.° *Cautérisation.* Pour la cautérisation, on ne se sert généralement que du nitrate d'argent fondu; mais pour des ulcères syphilitiques, on emploie avec avantage des solutions mercurielles concentrées. Quand on fait usage d'un caustique liquide, on se sert d'un pinceau de charpie fixé sur un morceau de bois. Le linge imbibé du caustique est introduit avec précaution au fond de la bouche pour l'appliquer à diverses reprises sur l'ulcération. Lorsqu'on a cautérisé, on fait gargariser le malade pour entraîner au-dehors les portions de caustique qui pourraient rester.

2.° *Incision.* Cette opération se pratique avec un bistouri droit, dont la lame étroite a été entourée d'une bandelette de linge jusque

près de sa pointe. On porte l'instrument horizontalement jusqu'à l'amygdale ; on fait la ponction à sa partie antérieure et interne en poussant le bistouri à deux ou trois pouces de profondeur, et on fait l'incision de bas en haut. M. le professeur *Boyer* incise tranversalement. Le pharyngotome, dont la lame, cachée dans un étui, en sort et rentre au moyen d'un ressort, n'est point en usage. Quelquefois l'écartement, pour pouvoir guider l'instrument avec l'œil, est impossible ; alors on se sert du doigt indicateur, dont l'extrémité touche la tumeur, et sert de guide au bistouri. Si l'incision est faite pour un abcès, le pus s'écoule avec le sang, et quelques gargarismes suffisent pour terminer la cure. Si c'est pour le cas de calculs, et qu'ils ne sortent pas d'eux-mêmes, on les extrait avec une pince à pansement.

3.° L'*excision*, ou *extirpation* des amygdales, consiste à retrancher la portion des amygdales qui dépasse le niveau des piliers du voile du palais, et non leur totalité, comme on pourrait d'abord le croire. Cette opération se pratique avec un bistouri dont le tranchant est concave ou droit, et l'extrémité boutonnée. On a, de plus, une érigne double, ou la pince de *Museux*. Le chirurgien saisit l'amygdale un peu d'arrière en avant avec cet instrument, qu'il tient avec la main gauche, si c'est l'amygdale gauche qu'il va extirper ; et tenant à sa main droite le bistouri comme une plume à écrire, il le porte au-dessous de la glande, qu'il coupe de bas en haut, de derrière en devant : pour le côté opposé on change les instrumens de main. M. *Boyer* recommande de commencer l'incision d'abord de bas en haut jusque vers le milieu de la tumeur, et ensuite de haut en bas dans le reste de son étendue. Quelques praticiens emploient des ciseaux courbes sur leur plat. M. le professeur *Bougon* leur a fait subir une modification avantageuse en faisant terminer leur pointe en petite olive.

Lorsqu'on a à pratiquer cette opération sur des enfans indociles, on pourrait avoir recours à la pince érigne qu'a fait construire récemment M. *Marjolin*, dont le modèle est dans le cabinet de l'école. On fait gargariser le malade avec de l'eau fraîche ou acidule, et cela suffit pour terminer la guérison.

Les craintes d'une hémorrhagie, lorsqu'il s'agit de l'opération, sont chimériques, comme l'indique déjà la disposition des vaisseaux, et comme l'expérience l'a récemment prouvé. Une jeune demoiselle fut conduite il y a quelques mois chez M. *Dupuytren* pour y être opérée, afin d'éviter à la famille les alarmes que l'opération pouvait causer. Celle-ci fut faite avec la plus grande facilité. Dans le trajet que cette jeune personne fit pour revenir chez elle, elle avala le sang provenant de l'excision, qui provoqua bientôt des vomissemens de nature sanguinolente. Ceux-ci furent d'abord regardés comme résultans d'une hémorrhagie intense, et donnèrent des inquiétudes. On ne tarda pas à être désabusé, et deux jours après, cette demoiselle fut elle-même offrir ses remercîmens à ce célèbre opérateur.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* Bosquillon).

I.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior alterum obscurat. *Sect.* 2, *aph.* 46.

III.

Si quis sanguinem et grumos mingat, et stranguriam habeat, et dolor incidat ad perinæum, et imum ventrem et pectinem, partes circa vesicam laborare significat. *Sect.* 7, *aph.* 39.

IV.

Urinæ difficultatem venæ sectio solvit. *Sect.* 6, *aph.* 36.

